

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DE ESTADIFICACIÓN DE CÁNCER DE OVARIO

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

La cirugía de estadificación de cáncer de ovario se realiza para determinar la extensión del tumor y evaluar el grado de avance de la enfermedad, lo que es crucial para establecer el estadio clínico del cáncer. Los resultados obtenidos ayudan a decidir el tratamiento más adecuado y proporcionan información sobre el pronóstico a largo plazo.

La cirugía completa de estadificación del cáncer de ovario invasor consiste en realizar las siguientes técnicas:

- Histerectomía (quitar el útero, con o sin el cuello del útero).
- Doble anexectomía (quitar los ovarios y las trompas de Falopio).
- Linfadenectomía pélvica y paraaórtica (quitar los ganglios linfáticos de la pelvis y el área cercana a la aorta).
- Lavado peritoneal (revisar el líquido en el abdomen para detectar si hay células cancerosas).
- Omentectomía (quitar una capa de grasa llamada epiplón, que puede tener células cancerosas).
- Toma de biopsias de ganglios linfáticos y otras áreas del abdomen y pelvis para analizarlas.
- Apendicectomía o no dependiendo del tipo de células del tumor.

Para las pacientes que quieren tener hijos, también se puede hacer una cirugía que conserve la fertilidad. Pero hay que saber que, si no se quitan el útero y el ovario del lado contrario, hay más riesgo de que el cáncer vuelva a aparecer en esa zona o en otra parte del cuerpo.

La cirugía se puede realizar a través de diferentes vías de abordaje:

- Cirugía abierta:** se hace un corte grande en el abdomen.
- Laparoscopía:** se hace a través de pequeños cortes por donde se introduce una cámara y herramientas, usando gas para inflar el abdomen. Esta opción suele causar menos dolor y permite recuperarse más rápido.
- Laparoscopia asistida por robot:** ayuda a que el cirujano tenga más precisión usando brazos mecánicos controlados por él.

En su caso, se llevará a cabo la intervención que se ha indicado.

Es posible que, una vez que comience la cirugía por vía laparoscópica, sea necesario terminarla con una cirugía abierta si la situación lo requiere.

Cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios.

El tejido extirpado en la operación se envía a analizar en el laboratorio para analizarlo. Según los resultados, puede ser necesario hacer otra cirugía.

La finalidad de esta operación es saber en qué etapa está el cáncer, para poder elegir el mejor tratamiento y entender qué puede pasar en el futuro. También se busca quitar la mayor cantidad posible del tumor y obtener información clara sobre cuánto ha avanzado la enfermedad.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

La extirpación de ambos ovarios implica la menopausia quirúrgica, es decir, una pérdida permanente de las hormonas sexuales producidas por los ovarios.

Por otro lado, la histerectomía significa que ya no será posible tener hijos y que se dejarán de tener menstruaciones.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

Pueden darse efectos no deseados, algunos son comunes a toda cirugía y afectan a todos los órganos y sistemas. Otros riesgos de la técnica son:

- Infecciones (pared abdominal, urinaria, pélvica...).
- Lesión de órganos vecinos (intestino, vejiga, uréter, vasos vasculares).
- Sangrado durante la intervención o tras ella, que en ocasiones puede precisar una transfusión de sangre o sus derivados.
- Evisceración.
- Lesión neurológica.
- Prolapsos de la cúpula vaginal.
- Hernias post-laparotómicas.
- Alteración del drenaje linfático: linfoceles, linfoquistes, linfedema de extremidades inferiores, linforrea, ascitis quilosa.
- Trastornos de la micción.
- Cambios en el hábito intestinal.
- Alteraciones en la vida sexual.
- Trombosis venosa profunda (TVP) y/o tromboembolismo pulmonar (TEP) y/o tromboflebitis de vía periférica.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

Riesgos de la cirugía laparoscópica:

- Enfisema (acúmulo debajo de la piel del gas usado en la técnica).
- Dolor en el hombro.
- Lesiones vasculares.
- Lesiones de órganos cercanos.
- Derrame pleural.
- Embolia gaseosa (entrada de aire en el interior de los vasos).
- Neumotórax (entrada de aire al tórax fuera del pulmón).

Complicaciones de la herida quirúrgica:

- Infección con diferente gravedad.
- Dehiscencia (apertura) de la herida.
- Fístulas permanentes o temporales.
- Cicatrización anómala.
- Intolerancia a los materiales de sutura.
- Neuralgias (dolores) y las hiper o hipoestesias (aumento o descenso de la sensibilidad).

La mayoría de estos problemas se resuelven con tratamiento médico, aunque a veces hay que recurrir a la cirugía para resolverlos.

RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO

Por mi situación actual: (señalar lo que proceda).

- | | | | |
|---|--|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> No tiene | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Obesidad | <input type="checkbox"/> Hipertensión |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Edad Avanzada | <input type="checkbox"/> Tabaquismo | <input type="checkbox"/> Tratamiento anticoagulante |
| <input type="checkbox"/>puede aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones. | | | |

CONTRAINDICACIONES

Este procedimiento no tiene contraindicaciones absolutas.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En su caso se considera que este tratamiento es el más adecuado. Otras alternativas a la técnica son:

- Quimioterapia.
- Radioterapia.
- Hormonoterapia.

AUTORIZACIÓN PARA "CIRUGÍA DE ESTADIFICACIÓN DE CÁNCER DE OVARIO"

DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se me realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas en entrevista personal con D./D.^a , así como los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padezco, de no realizarlo.

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA del mismo.

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En , a

Fdo. Paciente:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº: Servicio de:

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el paciente con DNI/NIE o Pasaporte: _____, no doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En _____, a _____

Fdo. Paciente: